TCC NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

TCC NO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Comportalmente
CONTEÚDOS EM SAÚDE MENTAL

Comportalmente | Email: contato@comportalmente.com.br | CNPJ: 22.033.709/0001-26
Gabriel Rodrigues do Nascimento - gabrielrdon7@gmail.com - CPF: 156.494.627-47

Ao final deste módulo, você irá aprender sobre:

- O TDAH na infância e na adolescência
- Avaliação e Diagnóstico do TDAH
- A Terapia Cognitivo-Comportamental no TDAH

Comportalmente
CONTEÚDOS EM SAÚDE MENTAL

Gabriel Rodrigues do Nascimento - gabrielrdon7@gmail.com - CPF: 156.494.627-47

1. INTRODUÇÃO AO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

Os primeiros relatos acerca do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) ocorreram no início do século XX por meio de George Still e, de início, foi chamado de déficit do controle moral como tentativa de esclarecer os comportamentos de crianças com dificuldade de atenção que pareciam mais ativas que o normal, mas foi somente em 1980 que o termo TDAH foi publicado no DSM-III (Pereira; Mattos, 2011).

Sendo assim, TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento percebido desde a primeira infância caracterizado por padrões persistentes de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade, podendo causar comprometimento em áreas da vida, como acadêmica, social e ocupacional (Pereira; Mattos, 2011).

2. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Segundo o DSM-V (APA, 2014), os critérios abaixo dizem respeito ao diagnóstico do TDAH:

DESATENÇÃO

A criança e/ou o adolescente possuem seis, ou mais, dos sintomas abaixo, que persistem por seis meses, pelo menos. Já para adolescentes mais velhos, pelo menos cinco sintomas são necessários.

QUADRO 1 - CRITÉRIOS DE DESATENÇÃO

a) Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).
b) Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).
c) Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
d) Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).

Gabriel Rodrigues do Nascimento - gabrielrdon7@gmail.com - CPF: 156.494.627-47

e) Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).
f) Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).
g) Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).
h) Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).
i) Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

(APA, 2014, p. 59)

HIPERATIVIDADE E IMPULSIVIDADE

A criança e/ou o adolescente possuem seis, ou mais, dos sintomas abaixo, que persistem por seis meses, pelo menos. Já para adolescentes mais velhos, pelo menos cinco sintomas são necessários.

QUADRO 2 - CRITÉRIOS DE HIPERATIVIDADE/IMPULSIVIDADE

a) Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
b) Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).
c) Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.)
d) Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.
e) Com frequência "não para", agindo como se estivesse "com o motor ligado" (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar). f. Frequentemente fala demais.
f) Frequentemente fala demais.
g) Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
h) Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).

Gabriel Rodrigues do Nascimento - gabrielrdon7@gmail.com - CPF: 156.494.627-47

i) Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).

(APA, 2014, p. 60)

OUTROS CRITÉRIOS

Além dos critérios apresentados acima, outros devem ser levados em consideração:

QUADRO 3 - OUTROS CRITÉRIOS

Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.
Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).
Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.
Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

(APA, 2014, p. 60)

Além disso, o TDAH pode ser caracterizado em três subtipos diferentes conforme a predominância dos sintomas (APA, 2014; Pereira; Mattos, 2011), sendo eles:

- Predominantemente desatento: quando os critérios de desatenção são preenchidos, mas os de hiperatividade não são preenchidos nos últimos 6 meses.
- Predominantemente hiperativo/impulsivo: quando os critérios de hiperatividade são preenchidos, mas os de desatenção não são preenchidos nos últimos 6 meses.
- Apresentação combinada: quando tanto os critérios de desatenção quanto os de hiperatividade são preenchidos nos últimos 6 meses.

3. PREVALÊNCIA, DESENVOLVIMENTO E CURSO

Na maioria das culturas, os levantamentos realizados na população sugerem que o TDAH tem uma prevalência de 5% em crianças e 2,5% em adultos (APA, 2014). Além disso, meninos tem três vezes mais chances de apresentarem o transtorno do que as meninas, mas, com o passar dos anos, mesmo que muito adultos tenham remissão sindrômica - em que os

Gabriel Rodrigues do Nascimento - gabrielrdon7@gmail.com - CPF: 156.494.627-47

sintomas não permitem o diagnóstico -, somente 30% deles possuem remissão de sintomas e 10% remissão funcional, em que os sintomas não atingem limiar subclínico (Pereira; Mattos, 2011).

De acordo com DSM-V (APA, 2014), os pais já conseguem observar uma atividade motora em excesso desde quando a criança começa andar, mas ainda é difícil distinguir de comportamentos normais dessa fase, sendo mais frequentemente identificado no ensino fundamental. Todavia, pode ocorrer uma estabilidade do transtorno no início da adolescência, enquanto com alguns ocorre uma piora e o desenvolvimento de comportamentos antissociais, ficando mais visíveis os sintomas de hiperatividade motora entre a adolescência e a vida adulta (APA, 2014).

Desse modo, a criança e o adolescente podem sofrer vários impactos. Crianças que possuem TDAH possuem mais chances de desenvolver transtorno de conduta na adolescência e transtorno de personalidade antissocial e transtorno por uso de substâncias na vida adulta (APA, 2014). Ainda segundo o DSM-V, ao realizarem tarefas que exigem esforço prologado, a criança e o adolescente pode ser interpretado como preguiçoso, irresponsável e sem cooperação, podendo gerar impactos na relação familiar, além de que pessoas com TDAH tendem a alcançar menor escolaridade, menor sucesso profissional e sofrer rejeição social, com negligência de colegas.

4. AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DO TDAH

O diagnóstico do TDAH é complexo devido aos seus sintomas que podem estar presentes no cotidiano de qualquer pessoa, além de ocorrer uma variação de acordo com o desenvolvimento, o ambiente, a cultura, a personalidade e outros diagnósticos clínicos (Wagner; Rohde, 2016). Sendo assim, ainda segundo os autores, o diagnóstico é essencialmente clínico, ou seja, pelos critérios diagnósticos do DSM-V, apresentados anteriormente, ou pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), existindo algumas escolas, testes e exames que podem auxiliar.

AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS

A primeira etapa do diagnóstico é a realização de uma avaliação dos sintomas do paciente, podendo ser feita entrevistas com pais ou responsáveis, o próprio paciente e pessoas

Gabriel Rodrigues do Nascimento - gabrielrdon7@gmail.com - CPF: 156.494.627-47

que convivem com ele, como babás (Wagner; Rohde, 2016). Wagner e Rohde chamam atenção para as crianças, elas podem minimizar os próprios sintomas, mas o psicólogo pode identificar comorbidades e atrasos no desenvolvimento ao fazer uma análise no contato com ela, podendo perceber alterações do pensamento, da linguagem, do afeto, do pensamento, dentre outras áreas.

Além disso, é necessário conhecer de forma profunda o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança e do adolescente, investigando a história clínica (Wagner; Rohde, 2016). No quadro abaixo você poderá perceber alguns pontos importantes dessa investigação:

QUADRO 4 - AVALIAÇÃO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Fatores pré e perinatais	Exposição ao álcool e cigarro podem ser fatores de risco para TDAH.
Primeiros anos de vida	Avaliar pode ser útil para o diagnóstico diferencial, uma vez que as características podem estar presentes desde a amamentação, como irritabilidade e dificuldade de consolo.
Histórico médico	Sintomas de TDAH podem estar presentes em outras condições, como deficiência auditiva e visual, hipertireoidismo, encefalopatia, dentre outros.
Incidência e organização familiar	O risco de ter TDAH é de 2 a 8 vezes maior quando os pais e irmãos do paciente também possuem o transtorno. Além disso, também é necessário investigar a organização da família, a fim de que possa ser reconhecido se ambientes desorganizados e inconsistentes podem piorar os sintomas.

(Wagner; Rohde, 2016)

Na avaliação dos sintomas também podem ser usadas formas complementares à entrevista clínica, como escalas. No Brasil, está disponível a escala SNAP-IV para crianças e adolescentes, composta por 26 itens correspondentes aos critérios do DSM, respondida por escala Likert de 4 pontos, com qualificadores “nem um pouco”, “só um pouco”, “bastante” e “demais” (Wagner; Rohde, 2016).

Além dela, também existe a Escola de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, que pode ser utilizada com crianças e adolescentes com idade entre 6 e 17 anos, formada pelos fatores desatenção, impulsividade, autorregulação da atenção, da motivação e da ação, hiperatividade e aspectos emocionais (Wagner; Rohde, 2016). Para adultos, existe a Adult Self-Report Scale (ASRS).

Gabriel Rodrigues do Nascimento - gabrielrdon7@gmail.com - CPF: 156.494.627-47

AVALIAÇÃO COGNITIVA

O TDAH é um transtorno heterogêneo, que possui diferentes perfis para cada indivíduo, com diferentes domínios cognitivos e motivacionais, além de que muitos déficits presentes nesse quadro clínico também podem estar presentes em outros transtornos, limitando os testes psicológicos (Wagner; Rohde, 2016).

O Modelo de Múltiplos Caminhos explica o mecanismo neuropsicológico das dificuldades envolvidas com o TDAH, enfatizando alguns domínios em que os déficits podem estar presentes (Castro; Lima, 2018). O primeiro domínio refere-se às funções executivas, havendo déficit no controle inibitório; o segundo está relacionada à aversão à resposta tarde; e o terceiro associado à percepção temporal (Wagner; Rohde, 2016). Além desses déficits, os de variabilidade no tempo de reação e na velocidade de processamento também são percebidos, que podem ser mensurados por meio de tarefas computadorizadas ou subtestes como Procurar Símbolos e Códigos das Escalas Wechsler, o Stroop, dentre outros (Wagner; Rohde, 2016).

Todavia, Wagner e Rohde (2016) ressaltam que nem todos os testes que avaliam esses défitics estão disponíveis no Brasil, por isso a importância de observar a criança e o adolescente enquanto eles realizam atividades e em como se comportam, podendo observar aversão à resposta tardia, por exemplo, quando questionam o psicólogo se a avaliação ainda vai demorar para acabar ou quando desistem quando falta muito para acabar.

4.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Outros transtornos psiquiátricos também são caracterizados pela desatenção, hiperatividade ou impulsividade, podendo dificultar a realização de diagnósticos precisos (Wagner; Rohde, 2016). Desse modo, abaixo você poderá conhecer alguns desses transtornos e sua caracterização:

QUADRO 5 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TRANSTORNO	CARACTERÍSTICAS EM COMUM	O QUE INVESTIGAR
Transtorno de Oposição Desafiante	Pode resistir a tarefas que exijam autodeterminação	Qual a motivação da recusa. No TOD ela está relacionada à negatividade, hostilidade e desafio.

Comportalmente | Email: contato@comportalmente.com.br | CNPJ: 22.033.709/0001-26
Gabriel Rodrigues do Nascimento - gabrielrdon7@gmail.com - CPF: 156.494.627-47

Transtorno Específico de Aprendizagem	Parece desatento em atividades escolares, com desinteresse no ambiente escolar.	Capacidade cognitiva e de habilidades como leitura, escrita e matemática, assim como se a desatenção está presente em outras ambientes.
Transtorno do Neurodesenvolvimento Intelectual	Apresenta hiperatividade e desatenção no ambiente que é inadequado à sua capacidade intelectual.	Gravidade e frequência dos sintomas, se vai além do nível de desenvolvimento e se estão presentes apenas no ambiente acadêmico.
Transtorno do Espectro Autista	Apresenta desatenção, disfunção social e comportamento de difícil manejo.	Capacidade de envolvimento social.
Transtorno de Ansiedade	Apresenta desatenção e agitação.	Se os sintomas estão relacionados a preocupações e ruminação.

(APA, 2014; Wagner; Rohde, 2016)

Outros transtornos também podem ser investigados, como Transtorno Explosivo Intermitente, Transtorno de Apego Reativo, Transtorno Bipolar, Transtornos Depressivos, Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, Transtornos de Personalidade, Transtornos Psicóticos, Transtornos Neurocognitivos e sintomas do TDAH causados por medicamentos (APA, 2014).

5. A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC) NO TDAH

Os sintomas do TDAH não são gerados por esquemas ou crenças disfuncionais, mas podem afetar a vida do paciente em relação à competência social, o controle da própria vida, a autoestima, problemas interpessoais, dificuldade de organização e planejamento (Pereira; Mattos, 2011; Malloy-Diniz *et al*., 2011). Sendo assim, a TCC pode fazer uso dos recursos cognitivos e comportamentais no processo de tratamento do paciente com TDAH, envolvendo psicoeducação, manejo de emoções, treino de habilidades e estratégias de enfrentamento (Pereira; Mattos, 2011).

PSICOEDUCAÇÃO

A psicoeducação é peça chave para a TCC, estando ligada a informar o paciente e a família sobre o transtorno, os sintomas e o tratamento, uma vez que a compreensão do TDAH é imprescindível para que o tratamento tenha sucesso (Pereira; Mattos, 2011). Além disso, é encorajador para o paciente e a família saberem que podem lidar com os sintomas.

Gabriel Rodrigues do Nascimento - gabrielrdon7@gmail.com - CPF: 156.494.627-47

TREINO DE AUTOINSTRUÇÃO

Esse treino é utilizado para o controle comportamental do paciente, uma vez que a criança e o adolescente não desenvolvem bem a habilidade de controlar os comportamentos quando os adultos dão instruções (Pereira; Mattos, 2011). Os autores explicam que funciona com o terapeuta modelando o desempenho em uma tarefa em voz alta enquanto a criança observa, de modo que ela realiza uma tarefa similar posteriormente instruindo a si mesma. O processo é repetido várias vezes, diminuindo o tom de voz, até que o paciente internalize o processo e não precise se autoinstruir.

TREINO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

O treino de resolução de problemas tem o intuito de desenvolver estratégias de enfrentamento, aumentando a flexibilidade na escolha de alternativas e habilidades de autorregulação (Malloy-Diniz *et al*., 2011). Assim, o primeiro passo é identificar com o paciente qual é o problema que precisa de resolução, compreendendo suas características e as possibilidades de solução, bem como suas vantagens e desvantagens (Pereira; Mattos, 2011; Malloy-Diniz *et al*., 2011).

Desse modo, primeiro trabalha-se a impulsividade da criança e do adolescente, elencando alternativas para resolver os problemas em vez de usar a primeira que vem à mente. Após reconhecer diferentes possibilidades de ação, a criança é instruída a seguir a que é mais eficiente, por meio do custo-benefício. Por último, a alternativa escolhida é implementada (Malloy-Diniz *et al*., 2011).

Outra forma de trabalhar a resolução de problemas é por meio da modelação, em que o terapeuta serve de modelo, demonstrando para o paciente como ele pode resolver alguma situação no dia a dia, como quando um colega pega o material na escola e não devolve, por exemplo. Junto à modelação, pode ser feita a inversão de papéis e utilizada a dramatização para que a criança e o adolescente interprete papéis, como o de seus responsáveis quando se recusam a seguir ordens (Pereira; Mattos, 2011).

AUTOMONITORAMENTO

A dificuldade de se auto-observar é comum em pessoas com TDAH, havendo dificuldade de observar os próprios comportamentos e as consequências deles, por isso a importância do desenvolvimento de automonitoramento como de desenvolver junto o

Comportalmente | Email: contato@comportalmente.com.br | CNPJ: 22.033.709/0001-26
Gabriel Rodrigues do Nascimento - gabrielrdon7@gmail.com - CPF: 156.494.627-47

autocontrole (Pereira; Mattos, 2011). Para a prática de automonitoramento, Pereira e Matos (2011) apontam que alguns comportamentos podem ser escolhidos para serem o foco de cada semana e, a cada vez que o comportamento ocorrer, o paciente deve registrar.

PLANEJAMENTO E CRONOGRAMAS

Ter um estilo de vida caótico e desestruturado é comum na vida de pessoas com TDAH, sendo importante conhecer a dinâmica familiar, a fim de que a família, junto à criança e ao adolescente, possa deixar o ambiente estruturado, bem como fazer uso de folhas de planejamento, listas, agenda, alarme e cronogramas (Pereira; Mattos, 2011). Desse modo, o terapeuta ajuda o paciente a organizar primeiros as atividades fixas que ocorrem durante a semana e, depois, as outras que devem ser inseridas de modo realista e estimulante, com espaço para relaxamento, lazer e atividades físicas que possam diminuir o nível de energia (Pereira; Mattos, 2011).

O paciente pode ser instruído a organizar o próximo dia na noite anterior, preparando uma lista com seus afazeres e prioridades, assim como praticar o uso dessa agenda e treinar anotar seus compromissos.

REGISTRO DE PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS

O TDAH não é um transtorno característico por distorções cognitivas, mas os sintomas podem fazer com que o paciente desenvolva crenças negativas a respeito de si, dos outros e do mundo, ainda mais se, antes de receber o diagnóstico, o paciente passou por situações desagradáveis, fazendo-se necessário o uso do registro de pensamentos disfuncionais (RPD) (Pereira; Mattos, 2011).

Sendo assim, o paciente irá aprender a identificar e testar os próprios pensamentos, de modo que consiga torná-los mais realistas e ajudando-o a lidar com suas emoções. Todavia, Pereira e Matos (2011) salientam que o RPD nem sempre pode ser benéfico para alguns pacientes, os quais podem acabar perdendo a ficha ou nem mesmo tendo paciência para respondê-la, tornando importante que o recurso seja adaptado conforme as necessidades de cada um.

6. O PAPEL DOS PAIS E DOS PROFESSORES

Comportalmente | Email: contato@comportalmente.com.br | CNPJ: 22.033.709/0001-26
Gabriel Rodrigues do Nascimento - gabrielrdon7@gmail.com - CPF: 156.494.627-47

6.1 TREINO DE PAIS OU RESPONSÁVEIS

Treinar os pais e familiares é essencial no tratamento do TDAH, visto que são eles que acompanham mais de perto a rotina da criança e do adolescente, sendo importante psicoeducá-los sobre o transtorno, estruturar tarefas que possam aplicar no cotidiano com o paciente e que ajudem na adesão da criança e do adolescente (Malloy-Diniz *et al*., 2011). Normalmente, o treino de pais usa técnicas de controle de contingências para modificar o comportamento disfuncional do filho, por meio de recompensas a bons comportamentos, não recompensar comportamentos indesejados e castigar de forma branca maus comportamentos (Pereira; Mattos, 2011).

Sendo assim, os pais vão sendo instruídos a como agir diante dos comportamentos da criança e do adolescente, dando atenção diferenciada aos bons comportamentos, aprimorando a eficiência da autoridade que possuem em casa e fazendo de punições não físicas, dando sempre prioridade ao elogio (Malloy-Diniz *et al*., 2011). Esse sistema pode ser de pontos, em que bons comportamentos são recompensados por pontos que podem ser usados para trocar por prêmios, como brinquedos, passeios ou algo que o paciente queira, que serve como um reforço positivo (Malloy-Diniz *et al*., 2011).

Todavia, para haver o funcionamento dessa técnica, é imprescindível que os pais participem das sessões de terapia, de modo que o psicólogo tenha oportunidade de formular junto aos pais os comportamentos que podem ser modificados, bem como hierarquizá-los e escolher comportamentos que mais prejudicam a criança (Pereira; Mattos, 2011). Além disso, também pode ocorrer a retirada de pontos quando comportamentos inaceitáveis ocorrerem, como agressões físicas e verbais, mas não de forma que o saldo da criança e do adolescente fique negativo (Pereira; Mattos, 2011).

6.2 TREINO DE PROFESSORES

Com professores, as orientações são parecidas com as dos pais, mas o ambiente escolar faz com que seja necessário mais tempo pela quantidade de estímulos presentes, fazendo-se necessário que o professor dedique um pouco do seu tempo à criança e ao adolescente que tem TDAH (Malloy-Diniz *et al*., 2011). Sendo assim, ocorre a psicoeducação, identificação de problemas específicos, objetivos em relação à criança, planos de ação e o monitoramento deles, envolvendo ainda a estruturação do ambiente para evitar distratores, posicionar os alunos com

Gabriel Rodrigues do Nascimento - gabrielrdon7@gmail.com - CPF: 156.494.627-47

estratégia e uso dos colegas como monitores para estimular e instruir o aluno com TDAH (Malloy-Diniz *et al*., 2011).

Desse modo, as regras devem ser feitas de forma clara e visual; incentivar o comportamento adequado; antecipar problemas e mudar regras de conduta, sempre incluindo gratificações e punições; e monitorar de forma contínua as intervenções comportamentais (Pereira; Mattos, 2011).

Comportalmente | Email: contato@comportalmente.com.br | CNPJ: 22.033.709/0001-26
Gabriel Rodrigues do Nascimento - gabrielrdon7@gmail.com - CPF: 156.494.627-47

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CASTRO, C. X. L.; LIMA, R. F. Consequências do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade na vida adulta. **Rev. Psicopedagogia**, v. 35, n. 106, 2018. Disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862018000100008. Acesso em: 05 de Set. de 2023.

MALLOY-DINIZ, L. F. M. et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: tratamento fármaco e não farmacológico. *In*: PETERSEN, C. S.; WAINER, R. **Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes**: ciência e arte. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 136-151.

PEREIRA, A.; MATTOS, P. Tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *In*: RANGÉ, B. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais:** um diálogo com a psiquiatria - 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 493-507.

ROHDE, L. A. *et al*. Avaliando o TDAH ao longo da vida. *In*: ROHDE, L. A. *et al*. **Guia para compreensão e manejo do TDAH da World Federation of ADHD**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

WAGNER, F.; ROHDE, L. Psicodiagnótico e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *In*: HUTZ, C. S. *et al*. **Psicodiagnóstico**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

Gabriel Rodrigues do Nascimento - gabrielrdon7@gmail.com - CPF: 156.494.627-47

Produzido por:

www.comportalmente.com.br

@comportalmente

Comportalmente TV

Gabriel Rodrigues do Nascimento - gabrielrdon7@gmail.com - CPF: 156.494.627-47